

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925

THÈSE

N°



POUR

Université

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'UNIVERSITÉ

Mention Médecine

PAR

LAZAREVITCH LJOUBITZA

Né le 9 janvier 1898 à Kragujevac (Serbie)

DE LA NÉVRALGIE

DU

NERF HONTEUX INTERNE

CHEZ LA FEMME

Président : M. GILBERT, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1925

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925

THÈSE

N°

POUR

Université

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

~~DIPLOME D'UNIVERSITÉ~~

Mention *Médecine*
PAR

LAZAREVITCH LJOUBITZA

Né le 9 janvier 1898 à Kragujevac (Serbie)

DE LA NÉVRALGIE

DU

NERF HONTEUX INTERNE

CHEZ LA FEMME

Président : M. GILBERT, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

13, RUE RACINE, 13

1925

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.....	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.....	CUNEO.
Physiologie.....	CH. RICHT.
Physique médicale.....	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ.
Bactériologie.....	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.....	SICARD.
Pathologie chirurgicale.....	LECÈNE.
Anatomie pathologique.....	LETULLE.
Histologie.....	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.....	RICHAUD.
Thérapeutique.....	CARNOT.
Hygiène.....	Léon BERNARD.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER.
Clinique médicale.....	GILBERT
	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
	MARFAN.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies des enfants.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale....	JEANSELME.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies du système nerveux.....	TEISSIER.
Clinique des maladies infectieuses.....	DELBET.
Clinique chirurgicale.....	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	LEGUEU.
Clinique urologique.....	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	JEANNIN.
	J.-L. FAURE.
Clinique gynécologique.....	VAQUEZ.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique médicale.....	DUVAL.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	SERGENT.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	
Clinique podopédentique.....	

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI..... Pathologie médicale
 ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale.
 AUBERTIN.... Pathologie médicale.
 BASSET..... Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN.... Pathologie médicale.
 BINET..... Physiologie.
 BLANCHETIÈRE Chimie biologique.
 BRANCA..... Histologie.
 BRULÉ..... Pathologie médicale.
 BUSQUET..... Pharmacologie et ma-
 tière médicale.
 CADENAT..... Pathologie chirurgicale.
 CHAMPY..... Histologie.
 CHIRAY..... Pathologie médicale.
 CLERC..... Pathologie médicale.
 DEBRÉ..... Hygiène.
 I. de JONG.... Anatomie pathologique.
 DU VOIR..... Médecine légale.
 ÉCALLE..... Obstétrique.
 FIESSINGER... Pathologie médicale.
 FOIX..... Pathologie médicale.
 GARNIER..... Pathologie expériment¹⁰.
 HARVIER..... Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER.. Urologie.
 HOVELACQUE.. Anatomie.
 JOYEUX..... Parasitologie

MM.

LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
 LARDENNOIS.. Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER.... Obstétrique.
 LEMAITRE.... Oto-rhino-laryngologie.
 LEMIERRE.... Pathologie médicale.
 LÉVY-SOLAL... Obstétrique.
 LHERMITTE... Pathologie mentale.
 LIAN..... Pathologie médicale.
 MATHIEU..... Pathologie chirurgicale.
 METZGER..... Obstétrique.
 MOCQUOT.... Pathologie chirurgicale.
 MONDOR..... Pathologie chirurgicale.
 MOURE..... Pathologie chirurgicale.
 MULON..... Histologie.
 PHILIBERT... Bactériologie.
 RIBIERRE.... Pathologie médicale.
 RICHET FILS... Physiologie.
 ROUVIÈRE.... Anatomie.
 Physique médicale.
 TANON..... Pathologie médicale.
 TIFFENEAU... Pharmacologie et ma-
 tière médicale.
 VAUDESCAL... Obstétrique.
 VERNE..... Histologie.
 VILLARET.... Pathologie médicale.
 WELTER..... Ophtalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

CAMUS..... Physiologie.
 GOUGEROT.... Pathologie médicale.
 GUÉNIOT..... Obstétrique.

MM.

RETTERER.... Histologie.
 ROUSSY..... Anatomie pathologique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.
 AUVRAY..... Clinique chirurgicale.
 CHEVASSU Clinique chirurgicale.
 LAIGNEL-LAVASTINE Clinique médicale.
 LEREBoulLET. Clinique médicale infan-
 tile.
 LÉRI..... Clinique médicale.
 LÉPER..... Clinique médicale.

MM.
 OMBRÉDANNE. Clinique chirurgicale in-
 fantile.
 PROUST Clinique chirurgicale.
 RATHERY..... Clinique médicale.
 SCHWARTZ ... Clinique chirurgicale.
 TERRIEN..... Cliniq. ophtalmologique.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM MAUCLAIRE, agrégé.....	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique ch
		l'adulte pour les accidentés du travail, l
		mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....		Stomatologie.
N.		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD.....		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni im-
probation.

A MADAME ET COLONEL DJOURITCH

*Faible témoignage de notre
filiale reconnaissance.*

A MES CHERS PARENTS

A MES FRÈRES

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR GILBERT

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de Clinique Médicale à l'Hôtel-Dieu

*Qui a bien voulu nous faire très
grand honneur en acceptant la
présidence de cette thèse et pour
son enseignement clinique qu'il
nous a donné au commencement
de nos études médicales.*

Hommage respectueux.

A NOTRE MAITRE

M. LE DOCTEUR PAUL DALCHÉ

Médecin de l'Hôtel-Dieu

*Sous l'inspiration de qui ce tra-
vail a été fait. Nous le prions de
vouloir bien accepter le témoignage
de notre profonde reconnaissance
pour les précieux conseils qu'il nous
a prodigués pendant plusieurs an-
nées à l'Hôtel-Dieu, et des atten-
tions paternelles qu'ils nous a tou-
jours témoignées.*

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

DE LA NÉVRALGIE
DU
NERF HONTEUX INTERNE
CHEZ LA FEMME

INTRODUCTION

La névralgie du nerf honteux interne présentant une partie des syndromes douloureux pelviens chez la femme, relève de nombreuses causes et souvent assez mal expliquées. Souvent une dysménorrhée sans lésion utéro-annexielle et résistante à la thérapeutique, dans d'autres cas, il y a des femmes souffrant d'autres névralgies pelviennes avec les points douloureux sur l'ovaire, sur l'utérus, sur les ligaments utéro-sacrés et dont la douleur peut s'irradier dans les territoires de l'abdomino-génital, du génito-crural, de l'obturateur, du sciatique, du fémoro-cutané (méralgie paresthésique), soit encore les hyperesthésies pelviennes avec les congestions. Il est évident que tous ces troubles portent une marque de l'altération du système nerveux. Mais quelle est la part du sympathique dans ces troubles qui malgré les nombreux travaux n'en reste pas encore la « Terre Inconnue » ? On sait déjà que des lésions

souvent étrangères et éloignées de l'appareil génital peuvent par voie réflexe vaso-moteur provoquer la congestion pelvienne, de la dysménorrhée ou des névralgies pelviennes diverses. Souvent aussi une lésion insignifiante de l'ovaire ou d'une autre glande à sécrétion interne peut troubler le fonctionnement du sympathique pelvien et amener le même résultat. Enfin dans d'autres cas où nous ne pouvons trouver aucune lésion appréciable de l'appareil génital, les mêmes troubles peuvent être le résultat d'une névralgie primitive du sympathique pelvien.

Lorsqu'on commence à étudier les névralgies, le premier fait qui frappe c'est que les autres névralgies ont été longuement travaillées et surtout la dernière guerre a apportée les nombreuses publications et observations. Tandis que d'autre côté les névralgies pelviennes et notamment celle du honteux interne n'ont pas été l'objet des grands travaux. C'est pourquoi on est en droit de s'étonner. En effet, le premier travail en date concernant cette névralgie chez la femme que nous avons pu trouver est le bel article de Paul Petit publié dans *la Semaine gynécologique* 1905 et intitulé : *De la névralgie du nerf honteux interne chez la femme*. Tout au début l'auteur dit que son attention a été attirée depuis plusieurs années par la fréquence et l'importance de cette névralgie et c'est avec raison qu'il s'étonne qu'on ne la trouve pas mentionnée dans la plupart des traités de gynécologie. Il croyait avoir tombé sur une série exceptionnelle des malades mais les

cas se sont multipliés et il a été frappé par « des erreurs de diagnostic à peu près constantes dont ils avaient été l'objet ». Enfin après ces constatations il donne une description clinique à peu près complète de la névralgie et suivie des indications thérapeutiques.

En 1914 Paul Petit-Dutaillis dans son aperçu pratique sur les dysménorrhées et leur traitement, commence son travail par la dysménorrhée d'origine purement névropathique dont la caractéristique principale est sa variabilité. Un peu plus loin, l'auteur dit que chez les malades de cette catégorie il n'est pas rare de voir qu'elles souffrent en dehors des règles, on peut trouver dans les périodes intercalaires l'existence des névralgies pelviennes latentes et surtout de la névralgie du honteux interne « trop souvent prise pour une annexite ».

Le sujet de ce travail nous a été donné par notre maître M. Dalché et il a été fait sous sa direction. En effet, M. Dalché connaissait depuis longtemps ces faits car les cas de cette névralgie sont très fréquents à sa consultation de l'Hôtel-Dieu. D'ailleurs il en parle dans ses *Leçons cliniques*. Les quatre premières observations nous les avons recueillies à la consultation gynécologique de l'Hôtel-Dieu, et M. Dalché a bien voulu nous communiquer le résumé des quatre dernières observations, c'est pourquoi nous le remercions profondément. En même temps qu'il nous soit permis de lui exprimer encore une fois notre gratitude pour sa bonté paternelle avec

laquelle il nous a accueillie en nous donnant le sujet de cette thèse et pour tout son enseignement clinique qu'il nous a donné pendant notre séjour à l'Hôtel-Dieu.

Nous avons estimé intéressant de rappeler la douleur métamérique qui, à notre avis, prendrait une grande part dans ces syndromes douloureux pelviens, tout au moins dans leur mécanisme physiopathologique.

ANATOMIE

Avant d'aborder l'exposition clinique de la névralgie du nerf honteux interne chez la femme nous avons estimé nécessaire de donner un résumé sur l'anatomie du nerf honteux interne et du sympathique pelvien.

I. — Le nerf honteux interne

Le nerf honteux interne est un nerf mixte, beaucoup moins développé chez la femme que chez l'homme. Il est destiné à l'innervation cutanée des organes génitaux et du périnée, ainsi que l'innervation motrice des muscles qui sont annexés à ces organes. En outre, il assure la transmission des excitations qui sont en rapport avec le sens génital.

Origine. — Le nerf honteux interne tire son origine de la face antérieure du plexus génital par deux racines émanant de la 3^e et 4^e paires sacrées. Par anastomose avec le plexus ischiatique et le plexus coccygien, il reçoit des fibres de la 2^e et 5^e sacrée.

Trajet. Rapports. — Presque aussitôt après sa formation, le nerf honteux interne, accompagné des veines et de l'artère de même nom, longeant le bord

supérieur du muscle ischio-coccygien, sort de la cavité pelvienne par la partie inférieure de la grande échancrure sciatique en passant sous le bord inférieur du muscle pyramidal. Là, le nerf contourne l'épine sciatique et s'engage entre le grand et le petit ligament sacro-sciatique. Derrière l'épine sciatique il est en dedans et en arrière de l'artère honteuse interne et des veines de même nom. Il répond à la pointe de l'épine sciatique et à l'origine du petit ligament sacro-sciatique ; contre cette épine le nerf fessier inférieur et les vaisseaux ischiatiques croisent sa direction. Puis il s'insinue et s'enfonce dans la fosse ischio-rectale contre l'aponévrose de l'obturateur interne ; cette aponévrose, renforcée par des fibres du grand ligament, contient le nerf et les vaisseaux honteux internes dans un dédoublement. En s'engageant dans la paroi externe de la fosse ischio-rectale il a le nerf de l'obturateur interne qui est en avant et en dehors de lui, et le nerf hémorroïdal qui descend en arrière et en dedans. Avant son engagement avec les vaisseaux honteux internes dans la gaine triangulaire formée par l'aponévrose de l'obturation interne à la région périnéale moyenne, le nerf honteux interne croise la face externe de l'artère de même nom et se place en dehors et au-dessus d'elle. De la paroi externe de la fosse ischio-rectale où les vaisseaux sont dans le dédoublement de l'aponévrose de l'obturateur interne, l'artère fait un trajet courbe en bas, en avant, enfin remonte le long de la branche ischio-pubienne

en suivant les insertions du plancher uro-génital jusqu'au voisinage de la symphyse pubienne et toujours accompagnée de son nerf. Alors, nerf, artère, traversent le ligament transverse du pelvis et apparaissent de chaque côté dorsal de la verge ou du clitoris.

Dans la gaine de l'obturateur interne et au niveau de la tubérosité ischiatique, le nerf honteux interne se divise en ses deux branches terminales : le nerf périnéal, et le nerf dorsal de la verge ou du clitoris.

1^o *Le nerf périnéal* représente la continuation du tronc honteux interne. Tout d'abord au-dessus de l'artère honteuse interne, il pénètre avec elle dans le dédoublement de l'aponévrose de l'obturateur interne, se dirigeant en avant et en haut, il décrit à la face interne de la tubérosité ischiatique une courbe à concavité supérieure et antérieure et parvient ainsi derrière l'aponévrose moyenne du périnée où il se divise en deux rameaux secondaires : *le rameau superficiel* et *le rameau profond du périnée*. Un peu avant sa division, le nerf périnéal émet *le rameau périnéal externe* qui longe la face interne de la tubérosité ischiatique contre les insertions du ligament sacro-sciatique qu'il perfore parfois, puis il continue parallèlement à la branche ascendante de l'ischion entre les insertions du transverse superficiel du périnée et celles de l'ischio-clitoridien (ischio-caverneux). Il n'est pas rare de le voir fournir à ce niveau un filet aux corps érectiles. Une fois à la

partie antérieure du triangle ischio-bulbaire, le rameau périnéal externe perfore l'aponévrose périnéale superficielle et se distribue à la peau de la région externe du périnée et des grandes lèvres (scrotum) où il s'unit par des anastomoses terminales avec les rameaux superficiels du périnéal en dedans et avec les filets périnéaux du nerf cutané postérieur de la cuisse, en dehors. Il peut donner deux filets pour la partie antérieure du sphincter externe de l'anus.

Le rameau superficiel du périnée traverse l'aponévrose moyenne du périnée au voisinage de son insertion à la branche ascendante de l'ischion, puis chemine à côté de l'artère périnéale superficielle en se trouvant en dehors et au-dessous d'elle et étant toujours avec ses branches dans un plan plus superficiel que les ramifications vasculaires. Enfin il se dirige en dedans et en avant en passant sur le bord postérieur du muscle transverse superficiel, puis perfore l'aponévrose périnéale inférieure. Entre cette aponévrose et le fascia transversalis, il répond au triangle ischio-bulbaire et va se perdre ensuite dans la peau de la partie postérieure des grandes lèvres (le scrotum) après avoir reçu l'anastomose du rameau périnéal externe. Chez la femme, les filets terminaux du rameau superficiel du périnée ne dépassent pas la partie postéro-interne des grandes lèvres, tandis que chez l'homme il y a certains filets très longs qui cheminent entre l'aponévrose périnéale superficielle et la racine des bourses aboutis-

sant aux téguments de la face inférieure de la verge, et même jusqu'au frein du prépuce.

Le rameau profond du périnée (bulbo-urétral), satellite de l'artère bulbaire en dehors de laquelle il est placé, perfore avec elle l'aponévrose périnéale moyenne en apparaissant sous l'ischio-caverneux dans le triangle ischio-bulbaire, puis il traverse ce triangle et donne en dedans et en arrière des filets à la partie antérieure du sphincter anal et au transverse superficiel du périnée, et en dehors et en avant de fins rameaux à l'ischio-caverneux. Enfin, il aborde le bulbe de l'urèthre par sa partie postérieure, innerve le muscle bulbo-caverneux et s'enfonce dans le corps caverneux (rameau bulbaire) ; puis il accompagne la division de l'artère caverneuse et se met en rapport avec les fibres lisses du tissu érectile. Les ultimes ramifications du rameau bulbaire s'unissent dans la région balanique en anastomoses terminales avec celles du nerf dorsal de la verge. Le rameau profond du nerf périnéal envoie en avant un filet très long et grêle qui chemine à la face inférieure du bulbe et du corps spongieux de l'urèthre jusqu'au niveau du gland. Dans son trajet, il émet de fins ramuscules se distribuant au corps spongieux et à la muqueuse uréthrale. Chez la femme, le rameau profond du périnée se place entre les muscles ischio-clitoridien et constructeur du vagin qu'il innerve en même temps que le transverse superficiel du périnée, et enfin il se perd dans le bulbe du vagin. Quelques filets parviennent jusqu'à la gaine vasculaire et

même la muqueuse de la partie terminale de l'urèthre.

2° *Le nerf dorsal du clitoris ou de la verge*, moins volumineux que le précédent, chemine le long des branches ascendante de l'ischion et descendante du pubis, avec les vaisseaux honteux internes, se trouvant entre les deux lames de l'aponévrose périnéale moyenne qui les sépare de la racine des corps caverneux ; il perfore, avec les vaisseaux cette aponévrose moyenne à 1 centimètre ou 1 cm. 5 au-dessous de la symphyse pubienne, se plaçant sur le côté externe du ligament suspenseur de la verge ou du clitoris. Dans son trajet entre les deux feuillets de l'aponévrose moyenne, il donne en dedans toute une série de filets moteurs au transverse profond du périnée, au sphincter de l'urèthre. Devenu superficiel, il est différent chez la femme et chez l'homme.

a) *Chez la femme* le nerf dorsal du clitoris, très grêle, passe sous la symphyse pubienne au-dessus de la racine du clitoris et en dehors du ligament suspenseur de cet organe. Ses ramifications terminales se perdent dans la muqueuse du clitoris et du capuchon clitoridien, ainsi que dans la partie supérieure des petites lèvres ; quelques filets vont jusqu'à la peau de la partie antérieure des grandes lèvres. Des corpuscules spéciaux de Pacini sont annexés aux nerfs dorsaux. On a affirmé qu'il existe des anastomoses entre ces filets et les rameaux venus du plexus caverneux du sympathique.

b) *Chez l'homme*, il est sur le dos de la verge et dans un plan plus superficiel que l'artère. Il donne

deux rameaux principaux l'un *externe* et l'autre *interne*. Le *rameau externe* (*pénien cutané*) se porte sur les côtés de la verge où il se divise en une série de filets dirigés les uns en avant et en dedans, les autres en bas et en dehors. Les premiers s'accolent au fascia penis et s'enfoncent dans le corps caverneux ou bien ils arrivent jusqu'au prépuce, tandis que les autres se distribuent à la peau de la partie latérale et inférieure de la verge et s'unissent aux ramifications terminales du nerf périnéal. Le *rameau interne* (rameau du gland) chemine sous le fascia penis près de la ligne médiane et en dehors de l'artère dorsale avec laquelle il atteint le gland où il s'enfonce entre le tissu de cet organe et celui du corps spongieux et va s'épanouir en nombre considérable de filets très fins qui aboutissent aux terminaisons nerveuses spéciales de la muqueuse balanique (corpuscules de volupté de Pacini).

Dans la névralgie, tout le trajet du nerf est douloureux à la pression. Mais il y a quelques points particulièrement sensibles que nous allons signaler plus loin, à savoir le point obturateur où le nerf gagne l'aponévrose de l'obturateur interne après avoir contourné l'épine sciatique ; le point ischio-pubien le long de la branche ischio-pubienne, enfin les points clitorinien et des grandes lèvres. Ces points correspondent justement aux endroits où le nerf est plus accessible à l'examen, appliqué contre l'os ou bien correspondant à l'épanouissement des branches terminales.

II. — Le sympathique pelvien et l'innervation des organes génitaux

Les nerfs de l'utérus proviennent de deux origines :

a) La terminaison du plexus sympathique qui accompagne l'artère ovarienne (le plexus ovarique) :

b) La terminaison du plexus hypogastrique qui s'épanouit de chaque côté à la partie postéro-latérale du col formant le plexus utéro-vaginal et dont l'aspect ganglionnaire lui a fait donner le nom de ganglion cervical de Robert Lee et Frankenhaüser. Il y faut ajouter quelques filets d'origine cérébro-spinale provenant des 2, 3 et 4 nerfs sacrés, comme aussi les filets venant des ganglions sacrés du sympathique qui prennent part à la constitution du ganglion cervical.

1. *Le plexus ovarique* se détache en partie des ganglions mésentériques et aortico-rénaux, apportant ainsi quelques filets du plexus rénal et du plexus aortico-abdominal pour l'utérus. Il y a de nombreux renflements ganglionnaires sur son trajet dont l'un est appliqué contre l'aorte à l'origine de l'artère ovarienne est appelé le ganglion ovarien. Les filets sympathiques accompagnant l'artère ovarienne pénètrent avec elle dans le ligament large en s'y terminant : les uns vont à la trompe ou à l'ovaire en suivant l'artère ovarienne ou les branches tubaires, les autres vont à l'utérus, soit en suivant l'anastomose

de l'artère ovarienne avec l'artère utérine et se terminent à la partie supérieure de l'utérus dans les plexus utérins, soit par un filet spécial qui atteint l'utérus au voisinage de l'insertion utérine du ligament propre de l'ovaire et qui s'anastomose à ce niveau avec un filet venant du plexus utéro-vaginal. Cette anastomose est marquée par le renflement ganglionnaire, appelé le ganglion ovarique et d'où partent les rameaux dont un certain nombre vont à la partie antérieure du fond utérin, d'autres au ligament large, aux fibres lisses du ligament rond et à la partie interne et moyenne de la trompe.

2. *Le plexus hypogastrique.* — a) Le plexus hypogastrique supérieur, unique, médian, n'est autre que la partie inférieure du grand plexus lombéo-aortique et que l'on a appelé aussi, *le nerf présacré de Latarjet*. C'est un cordon formé de faisceaux denses réunis entre eux par des anastomoses courtes et par du tissu conjonctif serré. D'abord situé dans la bifurcation de l'aorte abdominale, il descend sur la ligne médiane, franchit la veine iliaque primitive gauche en croisant sa face antérieure, puis s'applique sur le promontoire qu'il recouvre et englobe et enfin vient s'épanouir sur la face antérieure de la 1^{re} sacré, recouvert par la portion terminale du méso-sigmoïde. A ce niveau les cordons se divisent en deux groupes qui se portent à droite et à gauche de la ligne médiane formant ainsi les plexus hypogastriques latéraux.

b) Le plexus hypogastrique latéral (le nerf hypo-

gastrique de Latarjet), pair et symétrique, se porte obliquement d'arrière en avant et de haut en bas vers la partie postéro-latérale du col utérin et du cul-de-sac vaginal correspondant qu'il atteint après un trajet de 8-10 centimètres. Là, il se termine en prenant l'aspect d'un ganglion, d'où rayonne une quantité considérable de filets nerveux destinés à tous les organes du petit bassin. Ce ganglion est le ganglion de Robert Lee et Frankenhäuser. Dans son trajet, le plexus latéral répond : en avant aux vaisseaux iliaques internes, en arrière et en bas il repose sur le plancher pelvien, en dehors il repose sur l'aponévrose pelvienne supérieure qui le sépare du releveur de l'anus et des nerfs du plexus sacré, en dedans il croise la paroi latérale du rectum. Il donne quelques filets qui vont directement à l'utérus en suivant l'artère utérine.

Le ganglion cervical de Robert Lee et Frankenhäuser est l'épanouissement et la terminaison du plexus hypogastrique latéral. Il est le point de départ ou le lieu de passage de tous les filets nerveux qui vont à l'utérus et à tous les organes du petit bassin. Ce ganglion est formé par la plus grande partie du plexus hypogastrique latéral provenant du grand plexus aortico-abdominal, des rameaux antérieurs des ganglions sacrés sympathiques, des filets des 3°, 4° et parfois du 2° nerf sacré du système cérébro-spinal qu'on a voulu appeler le nerf splanchnique pelvien, des filets du plexus mésentérique inférieur par le plexus hémorroïdal supérieur et enfin de fins

filets venant des nerfs vésicaux et vaginaux. Les branches qui partent du ganglion se portent en avant et aboutissent soit au ganglion vésical externe situé en dehors de l'uretère, soit au ganglion vésical interne situé en dedans de l'uretère. Ces deux ganglions, avec leurs branches, forment le *plexus vésical* d'où partent les filets vésicaux et urétériques, mais quelques uns, par un trajet récurrent, vont à l'utérus et au vagin. Les autres branches du ganglion hypogastrique se distribuent comme suit : les deux petits troncs émanés de la partie inférieure du ganglion aboutissent au museau de tanche et au vagin ; quelques filets de la partie interne du ganglion se terminent dans le col utérin et la partie voisine du vagin ; deux à trois filets de la partie supérieure du ganglion aboutissent à la partie supérieure du col et corps utérins, l'un de ces filets monte avec l'artère utérine tout le long de l'utérus et s'anastomose avec un rameau du plexus ovarique et au niveau de cette anastomose se trouve le renflement ganglionnaire appelé le ganglion ovarique. Tous ces filets se ramifient et forment sous le péritoine un plexus à mailles larges, puis pénètrent dans l'épaisseur de l'utérus indépendamment des vaisseaux, afin de se terminer dans les fibres musculaires ou bien dans la muqueuse.

En se servant des méthodes modernes de coloration on a constaté que dans les parois même de l'utérus on trouve des ganglions sur le trajet des nerfs surtout au voisinage immédiat des vaisseaux sanguins importants.

Il y a un groupe ganglionnaire sur la ligne médiane antérieure, l'autre sur la ligne postérieure, tous deux situés dans la partie externe de la paroi utérine. Ces ganglions intra-utérins, par leur présence, permettent jusqu'à une certaine mesure le fonctionnement autonome de l'utérus, démontré par la clinique et vérifié expérimentalement chez les animaux. En outre, il existe un centre spinal situé entre la 10^e vertèbre dorsale et 2^e lombaire, au-dessus des centres vésical, rénal et vaginal, et dont l'excitation provoque des contractions utérines.

ÉTIOLOGIE

D'une façon générale, dans l'étiologie de toutes les névralgies on peut trouver des causes d'ordre général et des causes d'ordre local. C'est pourquoi nous allons nous efforcer de démontrer pour la névralgie du honteux interne qui nous intéresse ici les mêmes causes.

Les anciens auteurs considéraient les névralgies comme des névroses, comme des manifestations douloureuses sans substratum anatomique. Aujourd'hui même, on peut se trouver en présence de cas où l'on ne découvre aucune lésion anatomique, peut-être parce que nos moyens techniques d'investigation sont encore insuffisants pour découvrir une altération du nerf et, dans ces cas, on est obligé d'émettre des hypothèses en disant qu'il doit s'agir d'une simple modification de l'état dynamique du nerf par compression, par trouble ou instabilité vaso-motrice. En ce qui concerne les névralgies pelviennes sans causes générales ni locales bien appréciables, à la suite d'un examen minutieux, on a trouvé de petites adhérences, des brides pouvant léser les nerfs. Et, progressivement au fur et à mesure que les faits de cette nature ont été bien étudiés on constate que le

cadre et le nombre de ces névralgies idiopathiques devient de plus en plus restreint. Ces douleurs pelviennes, à type névralgique, sont, dans la majorité des cas, liées à des lésions utérines, ovariennes, tubaires, péritonéales et ces lésions nous échappent souvent à l'examen clinique. Du fait que ces lésions ne sont pas appréciables par la clinique, on ne peut pas conclure qu'il s'agit de névralgies primitives, *sine materia*, car des altérations minimales des ovaires, de simples épaissements du péritoine, de simples poussées congestives dans certains organismes et sur certains terrains peuvent provoquer des douleurs répétées et prolongées.

Parmi les causes générales pouvant provoquer les névralgies et qui sont mentionnées dans tous les traités on cite les infections aiguës et chroniques telles que la fièvre typhoïde, la grippe, le rhumatisme articulaire aigu et chronique, la syphilis, la blennorrhagie, le paludisme. A propos du paludisme, Paul Petit rapporte un cas de névralgie du nerf honteux interne provoquée par le paludisme et guérie par le traitement général spécifique anti-paludéen. Après les infections viennent comme causes d'ordre général les intoxications comme l'alcool, le tabac, l'oxyde de carbone, le mercure, l'arsenic, et les auto-intoxications : le diabète, la goutte, l'arthritisme. Pour W. Alexander, la goutte ne joue pas, dans l'étiologie des névralgies, le grand rôle que lui ont attribué les anciens auteurs. En effet, dans son article sur *la goutte dans l'étiologie de la*

névralgie et de la myalgie publié dans la *Medizinische Klinik* (Berlin) du 25 mars 1923 et résumé J. Mouzon dans la *Presse médicale* du 13 mai 1923, Alexander combat la notion courante de la fréquence des névralgies dans la goutte. Ni dans les muscles, ni dans les nerfs on ne trouve de dépôt uratique et les cas de sciatique vraie chez les gouteux sont très rares — il en a vu seulement deux cas — mais au contraire sur plusieurs centaines de cas de névralgies, il n'a pas trouvé un seul gouteux. Il en conclut que le diagnostic de la névralgie gouteuse se fait souvent à la légère. De son côté Sicard a écrit : « Les termes d'algies rhumatismales, gouteuses, diathésiques, neuro-arthritique dont on qualifie parfois de telles algies ne servent qu'à masquer notre ignorance étiologique ».

Chez les tuberculeux, les névralgies sont habituellement du type radiculaire, et reconnaissent parfois comme cause une compression par pachyménin-gite ou Mal de Pott.

Mais dans les névralgies du bassin les causes locales tiennent une grande place. Les diverses compressions, les tiraillements, les viscéroptoses, les déviations de la matrice, les laxités ligamentaires, les prolapsus, la chute du ventre, les maladies de l'ovulation, les diverses affections aiguës ou chroniques des organes génitaux, enfin la névropathie, sont autant de causes de névralgies, la majorité de ces causes provoquant l'hyperémie du petit bassin et entretenant ainsi la douleur.

Le sympathique « le grand système neuro-glandulaire de la vie organique » joue certainement un grand rôle dans l'étiologie des névralgies, mais ce rôle est encore obscur, mal connu et malgré les nombreux travaux qu'il a suscité, il reste toujours, suivant les mots de Pierre Marie, « la Terre Inconnue » et la « Terre Promise ». A propos des relations pouvant exister entre les névralgies et les troubles vaso-moteurs sous la dépendance du sympathique nous devons citer le travail de H. Pette : *La névralgie du trijumeau et le sympathique* publié dans la *Müchnener Medizinische Wochenschrift* du 8 août 1924, et analysé dans *La Presse médicale* du 22 novembre 1924 par P.-L. Marie. H. Pette a pratiqué pour l'accès d'asthme deux sympathe-ectomies cervicales unilatérales. Immédiatement après l'intervention il voit — les crises d'asthme ayant cessé — survenir de violentes douleurs paroxystiques dans la face. Ces douleurs sont accompagnées, dès le début, de la sensation persistante de chaleur qui au bout de quelques jours disparaissait tandis que les douleurs persistent six mois après l'opération et se manifestent à l'occasion des mouvements de la mâchoire, de l'attouchement de la langue ou du visage avec l'eau chaude ou froide et présentent le maximum dans la région malaire. H. Pette dit que l'on doit de nouveau prendre en considération la possibilité d'une relation causale entre les névralgies et les troubles vaso-moteurs qui a été soutenu autrefois par Quincke et abandonné à la suite des

critiques d'Alexander, car, dit-il, ces observations montrent pour ainsi dire expérimentalement les relations entre les fonctions du sympathique et de la névralgie faciale. Comme nouveaux arguments à l'appui, on peut invoquer les troubles vaso-moteurs qui accompagnent la douleur névralgique. Or, ces troubles ne peuvent pas être interprétés comme la conséquence réactionnelle de la névralgie, car ils se montrent souvent avant l'apparition des douleurs, de la véritable névralgie ; d'ordinaire, ils sont simultanés et constituent l'expression du même réflexe, à arcs égaux, sensitif et vaso-moteur.

En nous appuyant sur ces observations, d'une part, et, d'autre part, sachant combien est grande la richesse des filets nerveux du sympathique et en ganglions dans le petit bassin, nous serions tentés d'attribuer un très grand rôle au sympathique pelvien dans l'étiologie des névralgies abdomino-pelviennes. En effet, dans la cavité pelvienne où l'enchevêtrement nerveux et vasculaire est extrêmement grand et dont les organes contenus subissent régulièrement des modifications importantes, les diverses névralgies ne sont pas rares. De plus, toutes ces névralgies sont exagérées par les poussées congestives des périodes cataméniales, exacerbées même en dehors de la menstruation par d'autres fluxions, surtout lorsqu'il existe de l'instabilité neuro-glandulaire du sympathique développé sur un terrain constitutionnel névropathique. Dans ces cas, l'instabilité vaso-motrice, les poussées fluxionnaires se portant

sur les organes génitaux et dépendant des troubles d'équilibre nerveux, s'enchaînent avec des douleurs et même avec une recrudescence des douleurs. Une douleur de la sphère génitale ou même en dehors d'elle peut, par la voie réflexe irradiée, provoquer la congestion et à son tour la congestion exaltera la douleur. Il semble qu'il y ait une sorte de relation de cause à effet entre les douleurs et les fluxions. Dans ces cas, il faudrait s'efforcer d'abord de combattre et de calmer la douleur. La douleur peut être très variable au cours de ces congestions : simple sensation de plénitude pelvienne ou de pesanteur, elle peut également revêtir le caractère des coliques, d'une souffrance continue, gravative, pulsatile. Cette douleur peut se compliquer de névralgies pelviennes et la congestion chronique produit chez les neuro-arthritiques, un gros utérus névralgique dont la sensibilité augmente à chaque époque menstruelle.

Les fatigues, les surmenages, le froid, la frayeur, les émotions, la colère, les traumatismes, provoquant l'ébranlement du système nerveux cérébro-spinal et du sympathique, peuvent être autant de causes de fluxion ou d'inhibition.

Dans l'étiologie des névralgies pelviennes une grande place doit être réservée aux causes locales. En effet, le relâchement de tous les tissus de la paroi abdominale aboutissent à des viscéroptoses multiples : reins déplacés, surtout le droit, abaissement de l'estomac, du foie, entérites avec coudures de l'intestin et spasmes intestinaux, toutes ces causes

augmentent encore les douleurs abdominales. Si on y ajoute les déviations utérines multiples avec la laxité ligamentaire accompagnant la chute du ventre — on se trouve parfois en présence de l'utérus dit « ballant », de l'utérus qui « ne tient plus debout », car, rétrofléchi, on le réduit, puis quelques jours après il sera antéfléchi ou latérofléchi, ce qui peut se produire même au cours de l'examen — on peut concevoir facilement que tout cela n'est pas fait pour diminuer les douleurs, au contraire. Le tiraillement que l'utérus relâché et non soutenu par la sangle abdominale exerce sur ses ligaments et sur les nerfs qui sont si nombreux dans le pelvis, exagère la douleur abdominale. Cette douleur est plus vivement sentie pendant la menstruation, lorsque l'utérus est gorgé de sang et plus lourd. Dans ces conditions il faut mettre la malade au repos pour permettre que l'hypersensibilité se calme, que les tiraillements s'apaisent et que les réflexes s'émoussent. Les organes, peut-être, seront moins déplacés et alors seulement la malade pourra porter une ceinture qui soutiendra la paroi abdominale insuffisante.

Les maladies de l'ovulation, comme l'insuffisance ovarienne, se manifestent souvent, en dehors d'autres symptômes, par des névralgies diverses tenaces. Souvent le caractère de ces malades se modifie et devient irritable, méchant. D'autres affections ovariennes, notamment l'ovarite scléro-kystique, a pour signe principal la douleur pelvienne à type névral-

gique à côté des troubles de la menstruation et d'autres accidents nerveux.

Asthley Cooper a décrit sous le nom de testicule irritable une névralgie caractérisée par des douleurs violentes au niveau du testicule et du cordon, se développant sur des lésions du testicule ou du voisinage et très favorisée par le terrain névropathique. Cela nous paraît très analogue à l'utérus irritable, également développé sur un terrain névropathique où la douleur est exagérée à la moindre occasion par des poussées congestives. Ces poussées fluxionnaires à répétition peuvent à la longue amener une sorte de gros utérus scléreux et névralgique.

Signalons qu'au cours du tabès les troubles de l'appareil génital de la femme sont analogues à ceux qui s'observent chez l'homme. En effet, parmi les phénomènes d'excitation génitale, on peut signaler celui que Pitres a appelé du nom de « crises clitoridiennes » consistant en des sensations érotiques, débutent par l'érection du clitoris et aboutissent au spasme vénérien complet. Tout cela peut se répéter plusieurs fois dans la journée et survenant sans aucune provocation. D'autre part, sous le nom de « crises vulvo-vaginales ». Morselli a décrit des douleurs parfois fort vives, survenant par accès, dans le territoire vulvo-vaginal, et qui seraient dues à un spasme du constructeur du vagin.

Mentionnons enfin que pour Wetterwald, Stapper, et surtout pour le premier, les névralgies sont causées par des cellulites. Pour eux les troubles

vaso-moteurs dominant la pathologie des organes abdomino-pelviens. La cellulite aurait son origine dans une perturbation vaso-motrice, ce serait le ralentissement circulatoire qui provoquerait ainsi une irritation chronique des nerfs vaso-moteurs et sensitifs.

LA MÉTAMÉRISATION ET LA DOULEUR MÉTAMÉRIQUE

E. Brissaud a, le premier, introduit les termes de métamère et de métamérisation en clinique à propos de ses leçons cliniques sur *la métamérisation spinale et la distribution périphérique du zona* (Bull. Méd., 1896). Brissaud disait : « Le métamère est toute portion de l'être encore fragmentaire possédant en soi l'ensemble des propriétés ou attributions de l'être définitivement achevé ; c'est un de ces bourgeons primitifs empilés les uns au-dessus des autres, en série linéaire, dont toutes les parties constituantes sont semblables, et qui, envisagés chacun isolément, résument les caractères morphologiques et physiologiques du tout ». Et encore : « Métamérie est un fait anatomique transitoire digne d'intervenir dans la clinique pratique ».

Chez les vertébrés supérieurs adultes la moelle épinière est plus courte que la colonne vertébrale. Ce fait est encore prononcé chez l'homme. Vers le troisième mois de la vie intra-utérine la moelle est égale au rachis et jusqu'à ce que les choses restent ainsi il est évident qu'il y a concordance de niveau entre les centres spinaux superposés et les différentes

parties également superposées que ces centres innervent. Autrement dit-il y a la concordance de niveau entre chaque étage de surface ectodermique sensible et chaque étage du névraxe où aboutissent les racines sensibles de la périphérie. A partir du troisième mois de la vie foetale la moelle s'accroît moins vite que le rachis et le reste de l'individu, de sorte qu'à la naissance la moelle représente 30 o/o et vers la vingtième année 26 o/o de la longueur totale. Il se produit ce qu'on a appelé l'ascension relative de la moelle. Et pourtant elle renferme le même nombre d'étages superposés auxquels aboutissent les racines des parties périphériques. Ces étages superposés correspondent aux métamères primitifs qui pendant toute la vie restent représentés par des tranches horizontales de l'individu. Le zona la névralgie occupent une zone du tégument dont la hauteur correspond à l'étage du névraxe qui était au niveau de cette zone avant l'ascension de la moelle.

« C'est la disposition de la musculature qui exprime la métamérisation, la segmentation primitive et la plus ancienne du corps du vertébré ». (Hertwig).

Chez l'homme et les vertébrés supérieurs le métamère est pourvu d'un appareil nerveux, neurotome, ce segment de l'axe nerveux rudimentaire. Sur les côtés la métamérie est dirigée par le développement des muscles provenant directement des segments primordiaux. Les neurotomes et les myomères restent

en corrélation, et que l'ascension de la moelle supprime rapidement les rapports immédiats des uns et des autres. Donc, une paire des nerfs rachidiens, formés chacun par deux racines symétriques et de même niveau, immédiatement ou médiatement, correspond à un étage périphérique sinon du même niveau, du moins de même numéro.

Quelles que soient les modifications morphologiques qui surviennent progressivement à la périphérie par le fait d'une fusion insensible entre les métamères superposés, et aussi quelle que soit l'intimité qui s'établit entre les neurotomes d'étages différents par les anastomoses, ou mieux, par la croissance des prolongements des neurones, il est de toute évidence que chacun des segments de l'être parachevé reste aussi en connexion physiologique avec son neurotome primitif, donc chaque étage de l'individu adulte est relié, par ses nerfs sensitifs, à un étage spinal déterminé qui gouverne et dirige son activité nutritive.

« La métamérisation embryonnaire est un événement capital auquel l'homme, pas plus qu'un autre animal, n'échappe. Si transitoire qu'en soit la durée, la marque en est indélébile. Un incident pathologique suffit pour la faire ressortir dans toute son évidence » (Brissaud).

De l'étude topographique d'origine et de terminaison des fibres nerveuses, on voit tout d'abord que certaines fibres remontent dans la chaîne latérale pour sortir de celle-ci en un point situé à un niveau

plus élevé que le plan de son segment médullaire d'origine, tandis que d'autres fibres restent sensiblement au même niveau que leur segment d'origine, et enfin d'autres fibres descendent vers le bas. D'une façon générale, on peut dire que les fibres nées des segments médullaires compris entre la 1^e thoracique et la 6^e s'orientent vers le haut, les fibres nées des segments thoraciques entre la 6^e et la 11^e restent indifféremment orientées vers le haut ou vers le bas ou restent au même niveau, enfin les fibres comprises entre la 11^e thoracique et la 3^e lombaire s'orientent franchement vers le bas.

Chez les animaux inférieurs et même chez les vertébrés le corps est divisible en segments semblables les uns aux autres, et prenant comme axe de cette segmentation le système nerveux cérébro-spinal, il n'est pas difficile de voir que l'on peut rapporter cette segmentation du corps à la segmentation de l'axe cérébro-spinal. Il est évident que la moelle est formée de segments superposés portant chacun une paire de nerfs moteur et sensitif, qui se divisent en une série de branches avant de gagner les territoires périphériques qui leur sont destinés. Chaque segment nerveux cérébro-spinal axial et les nerfs qui en dépendent peuvent être considérés comme formant un tout. Au point de vue anatomique, il est évident que le corps de l'animal est segmenté et comme axe de cette segmentation on peut prendre le système nerveux. Mais au cours du développement « le mammifère s'ingénue en quelque

sorte, à détruire autant qu'il le peut, la segmentation primitive évidente, qu'il présente aux stades embryonnaires. »

A l'état adulte, les deux systèmes conservent encore les marques très apparentes de leur segmentation primitive : le système nerveux et le système osseux avec ses dépendances. Si on va plus loin on peut reconnaître pour les tissus provenant embryologiquement des mêmes feuilletts, une segmentation correspondante, comme correspondance ectodermique avec les segments nerveux, la correspondance mésodermique avec les segments osseux. Il en résulte de ces faits que la segmentation axiale nerveuse trouve sa correspondance dans les territoires cutanés sensitifs et les territoires musculaires moteurs. Or, il ne s'agit pas d'envisager le territoire musculaire et cutané d'un tronc nerveux, mais établir une correspondance entre certains territoires musculaires et cutanés et les racines des troncs des nerfs. La question envisagée dans ces sens, on s'aperçoit qu'il existe une métamérisation du corps humain. On voit que les métamères formés par des générateurs différents (racines nerveuses), qu'ils régénèrent (territoire musculaire) en se décomposant (tronc nerveux). En faisant ainsi un processus inverse à l'évolution onto et phylogénétique, on revient à la forme primitive de l'organisme et on divise le corps humain en segments (métamères) qui comprennent chacun : un neuromère central, un ostéomère, un myomère, un dermatomère. Topographiquement ces différents

segments métamériques ne correspondent pas exactement les uns aux autres, c'est-à-dire dans un même plan on ne peut pas trouver à la fois les différents composants du métamère : neuromère, ostéomère, myomère, dermatomère. Et pour cause : Au cours du développement, les deux groupes, ectodermiques (téguments et système nerveux) et mésodermiques (os, muscles) ne suivent pas une évolution identique : le groupe mésodermique s'accroît plus, dans la même unité du temps, que l'autre groupe. La preuve de cela on la trouve dans l'ascension apparente de la moelle qui remonte des segments coccygiens à la partie haute de la colonne lombaire. Ainsi se fait une disjonction des différents composants du métamère, mais, physiologiquement, on les retrouve, car ils ne perdent pas la liaison et sont toujours réunis entre eux par les nerfs qui se laissent étirer et qui, après un trajet plus ou moins oblique, rejoignent toujours leur territoire embryologique.

Pour comprendre la correspondance métamérique des territoires viscéraux, il faut revenir à la topographie viscérale du stade embryologique primitif. Le cœur chez l'embryon est situé à l'orifice supérieur du thorax, l'appareil broncho-pulmonaire est cervical, l'intestin est le tube rectiligne devant le rachis, les organes génitaux sont lombaires. Au cours du développement, le cœur et le poumon descendent dans les parties basses du thorax, le tube intestinal s'allonge et se contourne, les organes génitaux descendent également pour occuper leur place définitive.

Et tout en faisant cela, chaque organe, chaque segment organique garde ses connexions nerveuses primitives et à l'état adulte reste innervé par son segment nerveux primitif. Pour établir la correspondance d'un organe avec le neuromère et avec les autres éléments périphériques du métamère, il faut remonter, pour chaque viscère, à son origine embryologique et ainsi on pourra reconstituer en entier le métamère.

La métamérisation des membres existe, mais elle est difficilement reconnaissable à cause d'un véritable bouleversement des différents constituants du métamère, survenu au cours du développement.

La douleur en broche d'ulcère gastrique, les douleurs lombaires des affections utérines et péri-utérines, les douleurs d'épaule dans les affections hépatiques, les douleurs scapulaires dans les affections bronchiques, la douleur testiculaire dans la lithiase rénale sont bien connus depuis longtemps. Toutes ces névralgies réflexes irradiées, parfois paradoxales en apparence, se comprennent aisément si on veut bien se souvenir que la douleur périphérique apparaît toujours dans le domaine segmentaire métamérique correspondant au segment médullaire qui répond au viscère en cause, et que ce même segment est toujours déterminé par la correspondance embryologique primitive du viscère. Donc, ces douleurs s'expliquent, embryologiquement. D'une façon générale, cette douleur métamérique revêt l'aspect d'une douleur névralgique exagérée par les mouvements,

par les efforts et par la pression, mais restant sous la dépendance du processus qui est à son origine. Ainsi, si l'excitation est intense, à cette douleur névralgique s'ajoute une hyperesthésie cutanée au niveau des téguments de la zone métamérique correspondante au segment viscéral en cause (ex-appendicite, ulcus-gastrique).

« Lorsqu'un organe est lésé au point de provoquer l'apparition d'une douleur réflexe irradiée, n'importe quel autre organe qui reçoit son innervation sensitive du même segment métamérique, se trouve englobé dans le processus d'hypersensitivité » (Head). Quand la base du poumon est lésée au point de déterminer une douleur réflexe irradiée, l'estomac, se trouvant compris dans le même segment métamérique, est dans un état de trouble sensitivo-moteur. La même chose se passe dans la dyspepsie réflexe des tuberculeux, dans la douleur testiculaire au cours de la lithiase, le rein et le testicule dépendant du même segment. Le plus souvent, cette douleur réflexe est unilatérale, mais elle peut aussi s'irradier à la zone métamérique périphérique homologue de l'autre côté du corps, comme dans la lithiase rénale on peut avoir la douleur bilatérale, même dans le cas de lésion unilatérale.

« J'ai même la conviction et l'examen de nombreuses malades semble m'avoir prouvé que si tantôt le point de départ du réflexe siège dans l'appareil génital pour retentir sur cet appareil génital lui-même, d'autres fois, ce point de départ se trouve

dans une zone étrangère, dans un endroit éloigné du système sexuel, et inversement que l'appareil génital peut retentir à son tour par voie réflexe sur différents organes » (M. Dalché).

SYMPTOMATOLOGIE

Les manifestations cliniques de la névralgie du nerf honteux interne chez la femme sont variables suivant le terrain où elle se développe. Elles diffèrent aussi suivant que la névralgie est pure, isolée ou bien associée à d'autres névralgies pelviennes ou abdominales ou encore accompagnée tout simplement de douleurs utérines, l'hystéralgie, ou de douleur ovarienne, l'ovarialgie.

Chez les névropathes dont le système nerveux est si instable et si facilement impressionnable, on trouve un terrain très particulier au développement de diverses névralgies. C'est sur ce terrain que le moindre mal, la moindre lésion des organes génitaux et même de simples spasmes sans lésions anatomiques appréciables, peuvent être le point de départ de douleurs vives, névralgiques. Paul Petit-Dutaillis en faisant un aperçu sur les dysménorrhées de causes générales et leur traitement, écrit dans la *Gynécologie* du février 1914 :

« Chez ces femmes, la menstruation n'est que l'occasion d'un spasme passager du conduit génital ou d'une crise de névralgie pelvienne, conditionnés, par un trouble quelconque de leur équilibre phy-

sique ou mental, d'ailleurs si instable. Il est commun de trouver chez elles, dans l'intervalle même des règles, la névralgie pelvienne à l'état latent, et particulièrement la névralgie du nerf honteux interne, trop souvent prise pour une annexite et pourtant si facile à diagnostiquer d'après les douleurs provoquées aux deux points hypéresthésiques maxima sur lesquels j'ai depuis longtemps insisté : *point sciatique* à l'entrée du nerf dans l'aponévrose obturatrice, au-devant de l'épine sciatique ; *point ischio-pubien* à sa rencontre avec la branche ischio-pubienne ».

La douleur, le symptôme prédominant de la névralgie du nerf honteux interne, peut être spontanée et provoquée. La modalité et l'intensité de ces douleurs spontanées sont variables. Il s'agit, en général, d'une douleur continue, sourde, d'une sorte de sensation permanente de tension et de pesanteur pouvant s'exacerber et aller, sous diverses influences, jusqu'au paroxysme. Le siège de prédilection de ces douleurs spontanées est le bas-ventre, la cavité pelvienne, les fosses iliaques lorsqu'il s'agit d'une névralgie isolée du nerf honteux interne. Ou bien c'est une douleur sourde, diffuse, une sensation de pesanteur, sans siège précis, pouvant s'irradier aux autres branches nerveuses du bassin ou bien se propager au sciatique vers la cuisse et le genou ou encore gagner le nerf fémoro-cutané (méralgie paresthésique). Dans ce cas il y a l'association d'autres névralgies à la névralgie du nerf honteux interne.

L'influence de la menstruation est des plus variables et des plus irrégulières sur la névralgie du nerf honteux interne. Quelquefois les règles provoquent une véritable exacerbation des douleurs, d'autres fois cette influence est beaucoup moins marquée. Elle est surtout irrégulière, car on peut voir des femmes chez qui deux, trois et même plusieurs époques menstruelles se passent sans grand fracas et qui, subitement, sans cause bien appréciable, voient s'installer des règles d'une acuité douloureuse exceptionnelle, de véritables dysménorrhées nerveuses paroxystiques.

Quant à la douleur provoquée à la pression, au cours de l'examen, par le toucher vaginal, elle a toujours le même siège. Ce siège est localisé sur tout le trajet du nerf honteux interne, mais la douleur revêt une acuité particulièrement extrême à la pression de certains points sur lesquels ont insisté quelques auteurs. Ces points sont toujours les mêmes et correspondent aux endroits où le nerf devient superficiel ou plus accessible au toucher par suite de sa situation au-dessus d'un plan osseux.

C'est d'abord le point obturateur, à l'endroit où le nerf, contournant l'épine sciatique, gagne l'aponévrose obturatrice. C'est ensuite un autre point situé à la partie moyenne du bord interne de la branche ischio-pubienne, là où le nerf est appliqué contre l'os.

A ces deux points principaux, nous pouvons en ajouter deux autres : l'un, que révèle la pression en

un point quelconque de la grande lèvre ; l'autre, clitoridien, répondant à l'épanouissement des branches nerveuses terminales. Ces points manquent quelquefois, mais lorsqu'ils existent, ils se trouvent du même côté que le nerf honteux interne intéressé. Les deux premiers points, à la pression desquels la douleur présente son maximum d'acuité, ne manquent presque jamais. Mais, généralement, tout le trajet du nerf est douloureux, principalement dans la partie de son trajet le long de l'arcade osseuse des branches ischio-pubiennes.

Ces points douloureux de la névralgie du honteux interne sont très précis, très constants, et on peut les reconnaître aisément. Ils répondent, à la moindre pression au cours du toucher vaginal par une réaction souvent très vive : à la moindre pression la patiente se tord, sursaute, réagit de telle façon qu'un clinicien bien averti ne peut pas se tromper. L'essentiel, c'est d'y penser.

Cette névralgie du nerf honteux interne peut être uni, ou bilatérale. Elle peut se présenter très souvent à l'état isolé, mais on peut la rencontrer également associée à d'autres névralgies de la sphère génitale ou en dehors d'elle. Les algies abdominales, les douleurs lombaires, la coccygodyn timer, la névralgie sciatique (« moins souvent qu'on pourrait le croire ») peuvent l'accompagner également. Tous les cas que nous allons citer se rapportent à des névralgies unilatérales. Un fait curieux à noter ; Sur quatre de nos observations, trois concernent le nerf honteux

interne gauche, il semble donc qu'il y ait une prédominance évidente et indiscutable de cette névralgie, à gauche.

Les douleurs utérines et ovariennes, l'hystéralgie et l'ovarialgie, peuvent être associées à la névralgie du honteux interne. Si on y ajoute encore le terrain spécial névropathique, sur lequel elles évoluent, on se trouve en présence de cette catégorie particulière de femmes qui ont « cet excès dans la faculté de sentir » et « ce fort triste privilège que possèdent certaines femmes de ressentir la douleur plus vivement que d'autres ». Chez elles, en dehors d'hystéralgies symptomatiques de lésions, il y a un autre facteur qui intervient en plus. C'est cet état d'hypéresthésie constitutionnelle à réflectivité exagérée, pour fixer la nature des douleurs à type névralgique. Car la douleur qui est essentiellement subjective dépend beaucoup des réactions nerveuses individuelles, également sous la dépendance des altérations anatomiques elle n'est pas souvent dans ces cas, en rapport avec l'importance de la lésion.

Au cours d'algies abdominales accompagnant ces névralgies, on peut constater souvent que la douleur a un siège vague, assez imprécis, et pouvant s'irradier dans tous les nerfs de voisinage. On peut cependant rencontrer des points classiques d'algies abdominales : un point hypéresthésique dans la région péri-appendiculaire à droite, un autre dans la fosse iliaque à gauche se trouvant entre l'épine iliaque antérieure et supérieure et l'ombilic, le long de l'ar-

tère iliaque. Puis des points sus-ombilicaux le long de l'aorte abdominale, le point sus-pubien, le point hyperesthésique de la grande lèvre. Le caractère de l'algie abdominale est d'être tantôt diffuse, tantôt localisée. Chez quelques malades on trouve le bas-ventre, même tout le ventre très sensible sans localisations particulières ; dans d'autres cas on peut rencontrer des points plus spécialement douloureux, à savoir sur la ligne médiane au niveau du promontoire, dans la région utérine, de deux côtés dans les régions ovariennes, à gauche un point situé à peu près à égale distance entre l'ombilic et l'épine iliaque antérieure et supérieure et correspondant au trajet de l'artère iliaque et du sympathique péri-artériel ; le point algique péri-appendiculaire peut suggérer l'idée de l'appendicite, d'autant plus s'il existe en même temps du spasme du cæcum souvent accompagné de constipation, et des signes intestinaux dyspeptiques fréquents chez les femmes nerveuses.

Ces douleurs névralgiques peuvent se manifester sous forme de crises intermenstruelles et coïncident alors avec les poussées congestives intermenstruelles. La névralgie peut être le seul symptôme de ces poussées congestives intermenstruelles, alors que, dans d'autres cas, la névralgie est accompagné d'un écoulement sanguin, ou bien, en dernier lieu, cette poussée congestive se traduit seulement par un écoulement sans provoquer la névralgie. Chez les neuro-arthritiques, de ces congestions chroniques à répétition, résulte souvent un utérus gros et névral-

gique et dont la sensibilité augmente à chaque période menstruelle.

Pour terminer, nous allons dire quelques mots sur les névralgies pouvant éclater à la puberté et à la ménopause.

La puberté est l'époque à laquelle se produit une modification complète de tout l'organisme tant dans les organes génitaux que dans les autres organes et systèmes. Il résulte de ce travail une transformation complète au point de vue de la constitution physique, morale et intellectuelle. Toutes ces perturbations ne vont pas sans causer souvent des souffrances. On sait bien combien il y a de jeunes filles qui souffrent de céphalée et de névralgies diverses avec éblouissement et tintement d'oreilles. Ce sont particulièrement des jeunes filles provenant d'une souche goutteuse, neuro-arthritique. Tous les auteurs sont d'accord sur ce point ; c'est surtout Richelot qui y insiste. Ces jeunes filles « ont des règles difficiles, irrégulières, tantôt profuses, tantôt insignifiantes ». Le facteur prédominant dans ces cas c'est la congestion des organes génitaux, et la congestion à répétition peut, à la longue, amener la sclérose utéro-ovarienne. Chez ces fluxionnaires, la dysménorrhée réveille d'autant plus de sensibilité dans les organes génitaux que le terrain est névropathique. Comme complications nerveuses de ces dysménorrhées, on a cité toutes sortes de névralgies ; à savoir, la névralgie iléo-lombaire, lombo-abdominale, les névralgies pelviennes. Quelques auteurs ont considéré cette

dysménorrhée comme une véritable névralgie avec points douloureux ovarien et utérin, névralgie exagérée encore par la congestion menstruelle. De même que la névralgie dentaire peut provoquer l'hypérémie oculaire, nasale et même l'épistaxis, Marotte croit avoir démontré que la névralgie pelvienne amène la métrorrhagie. Car, ainsi que le dit M. Dalché, « la douleur appelle la fluxion qui, à son tour, exaspère la douleur ». Il se fait, dans ces cas, une sorte de cercle vicieux, ou bien un rapport de cause à effet, entre la douleur et la fluxion, tel qu'il suffit de combattre la douleur pour voir cesser la fluxion.

A la ménopause, l'époque de « stérilisation des ovaires » et par conséquent de disparition de l'ovulation, surviennent de nombreux troubles parmi lesquels on pourrait rencontrer diverses névralgies, des migraines, des poussées congestives des organes profonds correspondant à l'époque où devrait se produire la menstruation absente. Ces phénomènes fluxionnaires et les accidents nerveux sont bien connus au cours de la ménopause, mais nous n'avons pas eu l'occasion d'observer des cas de névralgie du nerf honteux interne chez des sujets à l'époque de la ménopause, toutes nos observations se rapportant à des jeunes femmes durant leur période de vie génitale active.

DIAGNOSTIC

Il faut y penser, nous dit M. Dalché.

Après les symptômes que nous avons énumérés déjà, il n'est guère possible de se tromper dans le diagnostic, et de confondre la névralgie du nerf honteux interne avec une autre affection, soit de la sphère génitale, soit en dehors d'elle ou dans son voisinage immédiat.

Paul Petit-Dutaillis écrivait que l'on confondait presque toujours la névralgie du nerf honteux interne avec une annexite. Cela provient sûrement de ce que les praticiens ignorent l'existence de cette névralgie. En effet, on a si peu parlé d'elle, qu'elle ne figure pas dans les traités de gynécologie au chapitre des névralgies pelviennes et abdominales.

En 1905, Paul Petit écrivait : « Depuis plusieurs années déjà mon attention est attirée sur la fréquence et l'importance de la névralgie du nerf honteux interne chez la femme. Aucun livre de gynécologie n'en faisant mention dans ce chapitre des névralgies pelviennes auquel on veut bien accorder, à l'heure actuelle, quelque intérêt, j'ai pensé, tout d'abord, être tombé sur une série exceptionnelle, mais, depuis, les cas se sont multipliés devant moi

et j'ai été si frappé des erreurs de diagnostic à peu près constantes dont il avait été objet ».

Mais ces remarques sont restées seulement dans une revue sans se frayer un passage dans les traités didactiques de gynécologie, de sorte que la majorité des praticiens l'ignorent. Il s'ensuit, qu'en pratiquant le toucher vaginal et en explorant les parois latérales du conduit vulvo-vaginal et des cul-de sac latéraux, devant la plainte immédiate de la patiente, devant son brusque mouvement de défense, le praticien, non averti, s'arrête dans son examen avec l'idée d'ovarialgie, de salpingo-ovarite, etc. Qu'arrive-t-il ?

Le diagnostic est erroné et entraîne avec lui des indications thérapeutiques fâcheuses, « une intervention chirurgicale tout aussi inutile et bien plus regrettable ». Et à ce propos Paul Petit cite 2 cas de névralgie dont l'une, pour ses douleurs, avait été castrée et en souffrait tout autant qu'avant l'intervention ayant en plus surajouté les troubles de la ménopause artificielle, tandis que l'autre a été examinée par plusieurs chirurgiens qui n'étaient pas d'accord, les uns ayant conclu à l'ablation des annexes et les autres à l'appendicectomie. Nous rapportons également une observation personnelle dans laquelle le praticien a diagnostiqué l'appendicite et conseillé un transport d'urgence dans un service de chirurgie.

Toutes les malades ne s'adressent pas directement au gynécologue, elles consultent soit un méde-

cin, soit un chirurgien, qui, s'ils ne sont pas avertis de l'existence possible de la névralgie du honteux interne pourront quelquefois s'égarer dans leur diagnostic, instituer une thérapeutique non appropriée au cas. Et pourtant il n'est pas si difficile de porter un bon diagnostic, à condition toutefois de connaître sommairement l'anatomie de la région ainsi que le trajet du nerf honteux interne. L'examen physique, conduit d'une façon minutieuse, donnera le diagnostic presque au bout du doigt. Mais il faut connaître la symptomatologie que nous avons décrite et surtout il faut y penser, comme M. Dalché ne se lasse pas de nous le répéter.

Peut-on réellement confondre la névralgie du nerf honteux interne avec une autre affection de la sphère génitale ? Non. Mais au cours d'un examen fait un peu trop hâtivement on pourrait bien se tromper et penser à la salpingo-ovarite, à l'ovarialgie, à la coxalgie même.

Dans la *salpingo-ovarite* aiguë ou chronique la douleur spontanée siège dans le bas-ventre, dans les flancs, c'est comme une pesanteur que la marche, la fatigue, les mouvements et les poussées fluxionnaires menstruelles exagèrent, tout comme dans la névralgie. Mais, à l'examen physique, dans la salpingo-ovarite, on trouve presque toujours les annexes tuméfiées, et la douleur provoquée par le toucher vaginal ne siège pas sur la paroi latérale du vagin, mais elle s'accuse entre la main qui palpe et le doigt qui déprime le cul-de-sac vaginal. Pour supprimer

le doute qui peut encore persister dans l'esprit, Paul Petit indique une manœuvre qui consiste en ceci : soulever le col avec le doigt qui touche dans le vagin de façon à tendre les ligaments larges progressivement et dans ce cas s'il y a de l'inflammation annexielle on provoquera fatalement le tiraillement des adhérences des annexes et par conséquent on déterminera une douleur vive caractéristique.

En cas d'ovarialgie la douleur provoquée siège au point de Charcot à l'intersection d'une ligne horizontale passant par l'épine iliaque antérieure et supérieure et d'une ligne verticale qui limite latéralement l'épigastre. Souvent en ce point on peut constater une zone d'hypéresthésie des téguments, et en appuyant avec le doigt sur ce point et avec le palper combiné au toucher on réveille une souffrance paroxystique pouvant aller même à la constriction épigastrique avec tendance nauséuse.

La coxalgie, plus fréquente chez les enfants et les adolescents, est bien rare pendant la vie génitale. Elle peut prêter à confusion, car souvent au cours du toucher vaginal on peut provoquer une douleur lorsque le doigt appuie au niveau du fond de la cavité cotyloïde, mais dans ce cas aussi le siège de la douleur, la zone sensible, ne correspond pas au trajet du nerf honteux interne, mais un peu au-dessus de lui.

S'agit-il de névralgies lombo-abdominales ? On peut dans ce cas trouver l'existence d'un point dou-

loureux vaginal, mais il siège sur la paroi latérale du col et non du vagin.

Nous avons passé en revue les affections pouvant encore provoquer un peu d'hésitation dans l'esprit du praticien, mais nous le répétons encore une fois, les points douloureux de la névralgie du nerf honteux interne sont si précis, si constants, la symptomatologie tellement individualisée qu'il n'est guère possible à un praticien bien averti de commettre une erreur de diagnostic. L'essentiel, c'est d'y penser.

PRONOSTIC

Le pronostic des névralgies en général et celle du honteux interne en particulier n'est pas favorable. L'affection n'est pas grave en elle-même, mais étant sujette à des répétitions, à des récidives, à des recrudescences pénibles, surtout à l'occasion des règles, elle peut ainsi persister presque indéfiniment, conduisant la malade à une vraie misère gynécologique. La durée de l'évolution est très variable. Etant très rebelle au traitement, elle peut, à la longue provoquer un ébranlement nerveux tel, qu'elle peut provoquer chez la patiente des désordres psychiques. En général, toutes les névralgies génitales ont comme particularité leur longue durée et leur résistance à la thérapeutique. En effet, ces douleurs névralgiques peuvent, à la longue, avoir un retentissement sur le système nerveux central, car ces souffrances continuelles peuvent épuiser les femmes qui deviennent comme obsédées par crainte d'une maladie incurable et perdent toute résistance physique et morale. Toutes ces conditions favorisent l'apparition des névroses et des troubles psychiques, pouvant amener une dépression nerveuse allant jusqu'à la mentalité et la folie même.

TRAITEMENT

Nous devons envisager un traitement général, un traitement local et l'hydrothérapie.

Le traitement ne peut pas être identique pour tous les cas de la névralgie, il doit varier suivant les cas et suivant les causes.

Dans les cas de dysménorrhées purement névropathiques et se compliquant de diverses névralgies, notamment de la névralgie du nerf honteux interne, Petit-Dutaillis préconise le traitement suivant : « 1° Dans l'intervalle des règles, jusqu'à leur approche : douche tiède quotidienne suivie de friction, régulation de garde-robes, exercice modéré au grand air, vie calme et régulière ; 2° durant les trois ou quatre jours qui précèdent les règles, quand elles ont une échéance fixe : tous les jours, bain tiède d'une heure et lavement bromuré ; 3° au début des règles, si le traitement précédent n'a pas suffi : lavement évacuateur trois quarts d'heure après : lavement à garder de 60 grammes d'eau additionnés de 1 gr. d'antipyrine et de 15 gouttes de laudanum ; enfin de la chaleur sur la région hypogastrique obtenue avec le vulgaire cataplasme une bouillotte métallique plate épousant la forme du ventre ou mieux encore

un bain de lumière électrique avec l'un de ces appareils portatifs actuellement dans le commerce ».

De son côté Paul Petit a essayé les pointes de feu sur le trajet du nerf, mais inutilement et sans résultat. Et il recommande, « la calumnisation méthodique du vagin, avec des tampons imprégnés de glycérine ichtyolée en 1/20, à la fois décongestive et résolutive ». En dehors des tampons de glycérine ichtyolée il recommande surtout l'électrisation : « faradisation vaginale bipolaire avec la bobine à fil fin, ou courant continu interrompu » ; pour lui le courant de haute fréquence donnerait des effets encore plus marqués. Une de ses malades avait en même temps que la névralgie du honteux interne de la coccygodynie chez elle il a pratiqué l'ablation du coccyx avec succès et bon résultat.

Tout en poursuivant ainsi, il dit qu'en cas de névralgie rebelle à toutes les médications, on est amené à faire une des interventions qui ont été proposées dernièrement pour les névralgies et ayant pour but d'interrompre le courant sensitif du sympathique pelvien ou du plexus sacré ; tandis que l'excision de la chaîne sympathique [sacrée suivant la technique de Jaboulay lui semble hors proportion avec l'affection en question. Toujours d'après Paul Petit, on pourrait songer à réséquer le nerf honteux interne dans la fosse ischio-rectale en prenant comme point de repère l'épine sciatique. Toutefois il croit que dans la majorité des cas de névralgies, le traitement local combiné à l'électrisation, l'hydrothérapie

et le traitement général causal, on arrive à avoir de bons résultats, surtout quand ce traitement est aidé par les alcalins, le régime lacto-végétarien, l'exercice modéré pour combattre le neuro-arthritisme et les calmants généraux comme l'aspirine. Enfin, on n'oubliera pas que la syphilis, le paludisme peuvent être en cause comme dans toute autre névralgie et, dans ces cas, le traitement général causal spécifique s'impose.

Tout dernièrement Hallopeau, dans la *Gynécologie* de janvier 1923, écrit à propos d'une *guérison d'une névralgie génitale à forme grave*. Cette névralgie guérit par la résection du plexus hypogastrique. Il s'agissait d'une névralgie siégeant, non seulement dans l'utérus et ses annexes, mais aussi dans les organes génitaux externes. Tous les moyens médicaux ayant échoué, il pratiqua la résection bilatérale du plexus hypogastrique et la guérison s'en suivit. Elle dure encore aujourd'hui c'est-à-dire sept mois après l'intervention. C'était une malade de 29 ans. A 20 ans elle souffrit d'une cystite à la suite de laquelle les douleurs névralgiques s'installèrent. En 1912, on lui fit un curettage sans aucun résultat. Puis, quelque temps après, les phénomènes douloureux s'exaspérèrent et s'irradièrent vers le bassin, les lombes, les cuisses. Règles d'abondance normale et douloureuse. Tous les analgésiques et antispasmodiques, comme l'hydrothérapie aussi, échouèrent. A l'examen on trouve les organes génitaux normaux. Réaction de Wassermann négative. En 1922 on fait

la laparotomie et on trouve l'appendice un peu recouvert d'adhérences ; on l'enlève, puis on constate que les organes génitaux ne présentent pas de lésions. On fait le dénudement des hypogastriques sur une longueur de 4 centimètres suivi de section du plexus hypogastrique périartériel. Suites opératoires normales. Après cette intervention la malade n'a pas eu d'accès de névralgie et la guérison se maintient depuis sept mois.

En général, le traitement local consiste dans le tamponnement, avec des tampons imprégnés de glycérine ichtyolée à 10 ou 20 o/o, combiné à l'hydrothérapie minérale (Luxeuil, Nérès, douches et irrigations vaginales, bain de siège) et à l'électrisation sous forme de courants de hautes fréquences et de bains de lumière électrique, ces divers traitements, locaux peuvent donner de bons résultats dans la majorité des cas. Ajoutons que le massage préconisé par Stapfer et Wetterwald peut donner dans quelques cas des résultats. Il faut y joindre un traitement général. A l'intérieur on peut donner des analgésiques et antispasmodiques, antipyrine, aspirine, puis des lavements laudanisés. L'hydrothérapie sous forme des douches écossaises peut amener des résultats heureux surtout quand il y a des poussées congestives non inflammatoires. Ensuite l'exercice en plein air, la vie calme pour les arthritiques.

Ce traitement peut réussir dans la majorité des cas de névralgies. Malheureusement dans le cas de « grandes névralgies pelviennes » rebelles souvent

à toute médication, et n'étant pas soulagées, « trop souvent les malades deviennent morphinomanes ».
(M. Dalché).

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Recueillie à la consultation gynécologique de l'Hôtel-Dieu)

(Néuralgie du nerf honteux interne gauche)

Mlle D. S..., couturière, âgée de 23 ans, consulte pour des pertes blanches et surtout pour des douleurs dans la région sacro-lombaire, dans le bas-ventre et la cuisse gauche.

Avant d'être formée, à l'âge de 13 ans, elle présentait une leucorrhée qui a duré deux mois, prenant à la fin l'aspect d'un écoulement hydropurulent très abondant comme une véritable inondation.

Ses premières règles s'installent à 16 ans avec légères douleurs et restent régulières jusqu'à 18 ans, ne durant que trois quatre jours. A cette époque la malade fait une fausse couche de 3 mois suivie aussitôt de pertes blanches très abondantes, vertes, tachant le linge et sentant mauvais qui l'obligent au bout de quatre mois d'entrer à l'hôpital Broca. Soignée par des injections antiseptiques et la glace sur le ventre elle sort au bout de trois semaines de traitement assez améliorée. Dès lors, elle nous dit avoir eu encore deux fausses couches qui en somme n'étaient que des retards de règles. Peu de temps après les règles qui étaient auparavant presque indolores,

sont devenues très douloureuses à ce point que la malade très souvent interrompt son travail et s'alite pendant les deux premiers jours. Les règles restent de la même durée et d'abondance, mais à l'intervalle les pertes blanches persistent toujours.

Avec cette progression très marquée des douleurs au moment des règles, la malade éprouve en même temps une fatigue continuelle qui est la cause de ces hospitalisations si fréquentes. En effet, depuis son séjour à l'hôpital Broca jusqu'à maintenant, elle est entrée cinq fois dans le service de M. Dalché, soit dans celui de M. Hartmann. Il y a deux ans, elle était restée pendant trois semaines dans le service de M. Dalché, car à part des troubles ci-dits elle présentait des accidents intestinaux qui consistaient en selles jaunes liquides pas trop abondantes ni fréquentes, mais accompagnées de coliques atroces. Un mois après pour les mêmes raisons, elle a été admise dans le service de chirurgie où l'examen radiographique ne donne rien et on attribua ces douleurs à des vers intestinaux.

Examen. — On se trouve en présence d'une femme mince, fluette, donnant l'impression plutôt d'une jeune fille de 15 16 ans, mais présentant bien tous les caractères d'une femme au point de vue génitale.

Pendant tout l'interrogatoire l'attention est attirée par un état nerveux spécial que la malade présente ; la malade elle-même se plaint d'être très nerveuse. Etant d'un caractère excessivement irritable, la moindre chose la contrarie et cet état se manifeste souvent sous la forme d'une véritable crise nerveuse. Elle commence par sentir une constriction rétro-sternale, une boule lui monte et la serre dans la gorge, la

malade pousse des cris, se roule par terre, pleure et la crise se termine par émission d'urine.

La palpation découvre que toute la région sacro-lombaire est endolorie, mais il existe un point particulièrement douloureux, bien limité, que la patiente montre avec le bout de son doigt et dont la pression la fait sursauter. Ce point siège du côté gauche quelques centimètres au-dessous du tiers postérieur de la crête iliaque et deux travers de doigt de la ligne médiane correspondant à peu près au point sciatique. La douleur provoquée s'irradie dans toute la fesse gauche, ainsi que le long du trajet du nerf sciatique de même côté. De plus on trouve une association avec d'autres algies, des points douloureux abdomino-iliaque gauche et sus-pubien.

Au toucher : on trouve un col très petit par rapport au corps, le col petit, dur, irritable et à peine percé. Les culs-de-sac latéraux ne sont pas libres et celui du côté gauche est plus sensible. Mais c'est surtout en pressant les parois latérales du vagin ainsi que les grandes lèvres que l'on provoque une douleur très vive qui fait tordre la malade.

OBSERVATION · II

(Recueillie à la consultation gynécologique de l'hôtel-Dieu)

(Rétroflexion, névralgie du nerf honteux interne droit)

Mme V... 23 ans. Réglée à 12 ans. Règles très régulières revenant tout les vingt-huit jours à 8 heures du matin, « véritable pendule », dit la malade. Les mêmes s'installent avec un malaise général et une douleur légère du côté droit

en faisant souffrir la malade pendant les deux ou trois jours avant leur apparition.

Pas de pertes blanches, sinon de temps à autre après une fatigue prononcée. Cet état reste stationnaire jusqu'au mariage. Mais une fois mariée les règles sont devenues douloureuses seulement à la fin. Ce sont des piqûres d'aiguilles à quoi la malade compare cette douleur ; cette douleur ne dure que quelques heures.

Les dernières règles se terminent le 17 octobre. Deux jours après, à 5h. 1/2 du matin la malade est prise subitement d'une douleur très vive. Ce n'était plus la douleur habituelle que la malade supportait même étant debout, mais une douleur tellement vive, continuelle et augmentant d'intensité pendant une heure et demie à tel point que la malade, étant couchée, n'avait pas la force de dire un seul mot. Avec cette douleur du côté droit coexistait une douleur dans la hanche droite se propageant le long de la face postérieure de la cuisse et le genou du même côté. En présence d'une telle souffrance — le facies de la malade était livide — la famille effrayée (d'autant plus que tout cela se passait à la campagne) appelle un médecin qui diagnostique l'appendicite aiguë. Il ordonne la glace sur le ventre et donne un certificat nécessitant une voiture d'ambulance et le transport urgent à Paris, dans un service de chirurgie. La malade, étant excessivement frieuse, au lieu de la glace, on lui met des compresses chaudes et aussitôt après toute la scène se termine par l'apparition d'un jet de sang rosé, un seul jet et la malade se trouve immédiatement soulagée comme par un enchantement de sa douleur du côté droit et de celle qui existait dans la hanche du même côté.

Dans les antécédents de la malade on ne trouve aucun passé gynécologique.

On note un état nerveux un peu spécial. En effet, elle accuse très souvent un malaise, une oppression rétrosternale qui annonce comme ébauche d'une crise. Immédiatement après, elle sent une boule qui lui monte à la gorge et l'étouffe. Quelquefois elle pleure et tout se termine et rentre dans l'ordre.

Examen. — Au toucher : on trouve la rétroflexion, une douleur sur le trajet du nerf honteux interne droit. L'utérus est très mobile, « utérus ballant », qui une fois redressé retombe de nouveau au cours de l'examen même.

OBSERVATION III

(Prise à la consultation gynécologique de l'Hôtel-Dieu)

(Métrite, névralgie du nerf honteux interne gauche)

Mme M. G..., âgée de 25 ans, nullipare, quoiqu'elle désire vivement d'avoir des enfants.

Commémoratifs. — Régée à 13 ans et demi. Les premières règles sont venues sans aucune douleur, assez abondante et d'une durée de quatre jours. Puis elle est restée six mois sans les avoir et ensuite les suivantes sont devenues très douloureuses. La douleur est surtout prononcée quelques jours avant leur apparition et persiste le premier jour. Cette douleur consiste en une pesanteur diffuse dans tous le bas-ventre et l'oblige assez souvent de se mettre au lit et de cesser ses occupations. Pendant le premier jour des règles le sang

de couleur habituelle coule normalement, mais les six et sept jours suivants il est très pâle et très peu abondant. En général, les règles surviennent toujours avec deux ou trois semaines de retard et quelquefois la malade reste sans les avoir du tout. Cette fois les dernières sont venues comme d'habitude avec beaucoup de retard, le 23 septembre et voilà depuis plus de deux mois que la malade ne les a plus. Les pertes blanches assez abondantes. Dans les antécédents on ne note rien de particulier. La malade accuse un état nerveux assez prononcé qui semble se manifester par des véritables crises survenant sans cause apparente, semblant plus fréquentes dans les périodes qui correspondraient aux époques menstruelles.

Pas de constipation habituelle.

Examen. — Palper : les points douloureux para-ombilical, iliaque gauche.

Toucher vaginal : On constate un petit utérus. On trouve les points douloureux obturateur gauche et sur le trajet du nerf honteux interne du même côté. Métrite. Leucorrhée.

OBSERVATION IV

(Prise à la consultation gynécologique de l'Hôtel-Dieu)

(Débilité glandulaire de l'ovaire, néuralgie du nerf honteux interne gauche, rétroflexion).

Mlle P., couturière, âgée de 20 ans.

Commémoratifs. — Régée à 14 ans. Les premières règles sont douloureuses, puis ensuite alternativement elle eut des

règles douloureuses et indolores. En général, elles sont très peu abondantes; durée: à peine trois jours. Une autre caractéristique des règles: très irrégulières, venant parfois trois mois après, ou même six mois après et jamais deux mois de suite. Toujours de même abondance et de même durée.

Le 20 février 1924, la malade a eu un bébé qui est venu à terme et d'après elle, il pesait 8 livres. Nourri au sein pendant vingt jours. L'enfant est mort au cinquième mois des convulsions.

C'est seulement six mois après son accouchement que la malade a eu ses règles (c'est-à-dire le 24 août 1924), et les dernières règles datent du 23 septembre 1924. Et à peu près à cette époque elle a été opérée d'appendicite dont on voit la cicatrice. Vient consulter le 24 novembre 1924 parce qu'elle souffre depuis d'une façon constante du côté gauche et dans le bas-ventre. En outre de cette douleur persistante, sourde, la malade se sent tout le temps très fatiguée. En même temps elle se plaint aussi d'être nerveuse, très irritable. La moindre chose la contrarie, et pleure facilement.

Examen. — Palper : points douloureux para-ombilical et iliaque gauche.

Toucher vaginal : on trouve la rétroflexion avec adhérences ; points douloureux obturateur et sur le trajet du nerf honteux interne gauche. On porte le diagnostic de névralgie du nerf honteux interne gauche avec rétroflexion et débilité glandulaire de l'ovaire évoluant sur un terrain névropathique. Comme traitement on ordonne les injections au bicarbonate de soude et faire le petit Luxeul chez elle.

15 décembre. — Amélioration au point de vue névralgie.

Suivant la malade c'est surtout le petit Luxeuil qui l'a soulage. Elle n'a pas d'oppression, ni étouffement rétro-sternal, seulement elle est plus irritable et devenue méchante de caractère, suivant ses propres paroles.

29 décembre. — La malade nous dit qu'elle a eu ses règles le 24 décembre de la durée d'une demie journée seulement et qu'elle souffre depuis toute la semaine, il y a eu une exacerbation de névralgie par ses règles. A l'examen on trouve tout l'utérus endolori, irritable.

26 janvier 1925. — Amélioration se maintient.

OBSERVATION V

Mme D..., âgée de 29 ans. Mariée. Vient consulter pour des troubles divers, mais se plaint surtout de la dysménorrhée jusqu'à la naissance d'un enfant. La malade est très constipée. A l'examen on trouve viscéroptose, éventration légère, laxité ligamentaire, grosse matrice, sclérose utérine et névralgie du nerf honteux interne.

OBSERVATION VI

Mme C..., 43 ans, se plaint des maux de tête presque continuelles, de suffocation, de battements de cœur, de sensations d'angoisse, de troubles nerveux de toutes sortes. De plus, la malade présente depuis quelques mois des métrorragies assez importantes qui sont en somme la cause pour laquelle elle consulte. A l'examen : chute du ventre. Au toucher vaginal : matrice grosse et scléreuse, laxité ligamentaire, névralgie du nerf honteux interne.

OBSERVATION VII

Mme A..., âgée de 24 ans, consulte pour des douleurs dans le bas-ventre. On note une fausse couche de 2 mois depuis laquelle la malade souffre. A l'examen on trouve légère salpingite du côté gauche, algies abdominales, névralgie du nerf honteux interne à gauche.

OBSERVATION VIII

Mme B..., 30 ans. Plusieurs années qu'elle est mariée, mais elle n'a jamais eu d'enfants quoiqu'elle en désire vivement. Présente la constipation habituelle et leucorrhée. Se plaint de névralgies multiples et surtout de névralgie iléo-lombaire. A l'examen génital : antéflexion légère, matrice un peu grosse et congestionnée. Névralgie iléo-lombaire et celle du nerf honteux interne gauche.

CONCLUSIONS

La névralgie du nerf honteux interne chez la femme, qui a passé si longtemps inaperçue est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit. En effet, très fréquemment on rencontre des affections de ce genre aux consultations gynécologiques.

Inconnue de nombreux praticiens, parce qu'elle a été jusqu'ici insuffisamment décrite. En effet, elle ne figure pour ainsi dire pas dans la majorité des traités de gynécologie. Sa méconnaissance a été la cause de nombreuses erreurs de diagnostic et par suite d'erreur de thérapeutique. Aujourd'hui sa symptomatologie est bien individualisée.

Cette névralgie se rencontre souvent seule, isolée et d'un seul côté, donc unilatérale. Mais également on peut la voir bilatérale, et très souvent associée à d'autres névralgies pelviennes ou algies abdominales.

Le pronostic de cette névralgie n'est pas favorable par suite de sa ténacité et de sa résistance au traitement et encore parce qu'elle récidive fréquemment et peut subir des recrudescences.

Le traitement médical bien combiné est parfois suffisant et peut réussir dans la majorité des cas de ces névralgies. Les diverses interventions chirurgi-

cales qui ont été proposées et dont on a rapporté les heureux résultats dans diverses observations, ne sauraient cependant être indiquées que lorsque le traitement médical a échoué.

Vu : le Président de la thèse
GILBERT

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. APPELL

BIBLIOGRAPHIE

- Robin et Dalché.* — Traitement médical des maladies des femmes, 1922.
- Dalché.* — Leçons cliniques et thérapeutiques sur les maladies des femmes, 1921.
- La Puberté chez la femme, 1906.
- Hystéralgie. Douleurs utérines (Revue de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie, Paris, 1908).
- Lejars (F.).* — Exploration (clinique et diagnostic chirurgical, 1923).
- Wetterwald.* — Les névralgies.
- La cellulite considérée dans ses rapports avec les névralgies (Progrès médical, 1922).
- Brissaud (M.-E.).* — La métamérisation spinale et la distribution périphérique du zona.
- Zona du tronc et sa topographie (Bull. Méd., 1896).
- Petit (Paul).* — De la névralgie du nerf honteux interne chez la femme (La semaine gynécologique, 1905).
- Hallopeau.* — Guérison d'une névralgie génitale à forme grave par résection du plexus hypogastrique (Gynécologie, janvier 1923).
- Le Dentu et Delbet.* — Traité de Chirurgie, fasc. 34.
- Guillaume (A.-C.).* — Sympathique et systèmes associés, 1920.
- Poirier.* — Traité d'Anatomie, t. III, f. 3 et t. V, f. 1.
- Farabeuf (L.-H.).* — Vaisseaux sanguins des organes génito-urinaires du périnée et du pelvis, 1905.
- Morisson-Lacombe.* — Anatomie des nerfs de l'utérus (Gazette des hôpitaux, 1920).
- Faure et Siredey.* — Traité de Gynécologie médico-chirurgicale, 1923.
- Claude (H.).* — Maladie du système nerveux, 1923.
- Sicard.* — Neurologie, t. II, 1921, in Traité de Sergent et Baboneix.
- Petit-Dutaillis (Paul).* — Aperçu pratique des dysménorrhées et leur traitement (La Gynécologie, février 1914).
- Rosner (A.).* — Des douleurs intermenstruelles (La Gynécologie, 1905).
- Charcot-Bouchard-Brissaud.* — Traité de Médecine, t. IX, 1904.

